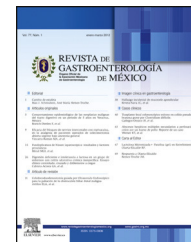




REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



EDITORIAL

¿Debemos olvidar la rectosigmoidoscopia para el diagnóstico de neoplasia avanzada colorrectal?☆



Should we forget about rectosigmoidoscopy for the diagnosis of advanced colorectal neoplasia?

El cáncer de colon presenta una tendencia ascendente a nivel mundial y, a pesar de los avances en la medicina y de que se conocen varios factores de riesgo, entre los que destacan la edad, mayores de 50 años, género masculino, historia familiar de cáncer de colon, tabaquismo, obesidad y diabetes mellitus como los más importantes para esta neoplasia, no se ha logrado determinar en la población general algún factor que discrimine con certeza la población expuesta al desarrollo de este problema¹.

En México, en el 2002, se registraron un total de 108,064 casos nuevos con diagnóstico histopatológico de cáncer²; del total de casos nuevos, 3,791 (3.5%) correspondieron a cáncer de colon el 2.3% y a cáncer de recto el 1.2%, situación que motivó que esta neoplasia se ubique dentro de las primeras 10 causas de morbilidad por neoplasias malignas; en el 2006³ se reportaron 4,550 casos nuevos (4.19%), correspondieron a cáncer de colon el 2.80% y a cáncer de recto el 1.39%; como se observa, en nuestro país también se presenta una tendencia al aumento de esta neoplasia.

La mayoría de los casos de cáncer de colon y recto (CCR) derivan de los pólipos adenomatosos, de tal forma que se puede prevenir y/o disminuir los casos nuevos mediante la detección y remoción de estos pólipos mediante la colonoscopia; además, la sobrevida se puede aumentar si se realiza el diagnóstico del CCR en etapas iniciales de la enfermedad; sin embargo, no todos los adenomas tienen el mismo riesgo de transformación a cáncer y actualmente se distinguen 2 grupos de riesgo, basados en su probabilidad

de transformación, y se clasifican como adenomas de bajo riesgo, definidos como 1 o 2 adenomas menores de 10 mm, y adenomas de riesgo elevado, definidos como mayores de 10 mm o si son 3 o más pólipos o con componente vellosos o con displasia de alto grado.

No se conocen con certeza los factores relacionados con la neoplasia avanzada y se han definido como los mismos que para la presencia de CCR. El trabajo de Parra-Pérez et al.⁴ evalúa los factores relacionados a neoplasia avanzada (NA) y NA proximal (NAP) colorrectal en una población latinoamericana, para lo cual realizó un estudio observacional y transversal que incluyó a 846 pacientes, en los cuales se detectó NA en 108; en estos, detectaron NAP en 55 y lo que más llamó la atención de los autores fue que 42 de los 55 tuvieron el colon distal sin neoplasias, y concluyen que los factores relacionados con neoplasias avanzadas son la edad a partir de los 50 años y el género masculino; al evaluar la NAP, los factores relacionados son la edad a partir de los 60 años y la presencia de NA distal o la presencia de ≥ 3 neoplasias no avanzadas distales, aumentando el riesgo en casi 2.5 veces. Otra conclusión del estudio es que el 75% de las NAP no se van a diagnosticar si no se realiza la colonoscopia completa, lo que tendría un impacto directo en la morbilidad por CCR. En el presente trabajo no se logró identificar los factores de riesgo adicional para la detección de NA pero sí se logró determinar que la NA distal es un factor de riesgo importante para la presencia de NAP, lo que es acorde con lo reportado en la literatura.

Como los autores mencionan en su trabajo, el objetivo más importante en la detección de NA es disminuir la mortalidad del CCR y el método de elección debe ser la colonoscopia completa, con los criterios de calidad ya descritos⁵. En el momento actual, como métodos endoscópicos de cribado para la detección de CCR se encuentran la sigmoidoscopia y la colonoscopia; se ha observado que

☆ Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.06.009>, Parra-Pérez V, Watanabe-Yamamoto J, Nago-Nago A, et al. Factores relacionados a neoplasia avanzada colorrectal en el Policlínico Peruano Japonés. Rev Gastroenterol Méx. 2015;80(4):239-47.

cada vez se realizan menos sigmoidoscopias⁶ y más colonoscopias debido a varios factores; sin embargo, esta no es una práctica generalizada y en muchos lugares se sigue realizando la sigmoidoscopia y, como se menciona en este trabajo, si no se realiza la colonoscopia completa se van a dejar de diagnosticar NAP en porcentajes que varían del 6 al 75%⁷⁻⁹. Recientemente, se ha llamado la atención sobre la frecuencia aumentada de diagnóstico de pólipos adenomatosos sésiles aserrados¹⁰, cuya localización más frecuente es en la parte proximal del colon; el mejor método para el diagnóstico de estos sería la colonoscopia completa, por lo que sería otro argumento para ya no realizar sigmoidoscopia flexible, principalmente en los pacientes sintomáticos o en los pacientes para cribado.

El objetivo más importante de este trabajo fue encontrar los factores de riesgo para NA y para NAP y desafortunadamente en la actualidad no tenemos identificado a alguno que pueda representar un impacto directo en la calidad de la atención a la población y son los ya mencionados junto con el juicio clínico los que determinarán la realización de un procedimiento de cribado para CCR. Está bien aceptado que el objetivo más importante de la detección de NA es reducir la mortalidad por CCR, por lo que es necesario continuar los estudios que discriminen los factores de riesgo en la población con riesgo promedio de CCR, además de que se deberá definir el papel actual de la sigmoidoscopia como método de cribado en CCR, ya que cada vez se reportan con mayor frecuencia las neoplasias colorrectales proximales. Por el momento, y considerando las condiciones actuales de nuestro país y dado que son muy parecidas en toda América Latina, es muy probable que la sigmoidoscopia siga siendo un método útil y utilizado para el cribado del CCR, ya que los resultados reportados en la literatura así lo apoyan, y no solo en nuestro medio, sino a nivel mundial.

Financiamiento

No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de intereses.

Referencias

1. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, et al. Guidelines for Colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2012;143:844-57.
2. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Compendio de cáncer 1994. Mortalidad/Morbilidad. Registro Histopatológico de neoplasias malignas en México, 2011.
3. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Compendio de cáncer 2000. Mortalidad/Morbilidad. Registro histopatológico de neoplasias malignas en México. 2002.
4. Parra-Pérez V, Watanabe-Yamamoto J, Nago-Nago AA, et al. Factores relacionados a neoplasia avanzada colorrectal en el policlínico peruano japonés. *Rev Gastroenterol Mex*. 2015;80:239-47.
5. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81:31-53.
6. Levin B, Lieberman DA, McFarland, et al. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline From the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*. 2008;134:1570-95.
7. Vemulapalli KC, Rex DK. Failure to recognize serrated polypoid syndrome in a cohort with large sessile colorectal polyps. *Gastrointest Endosc*. 2012;75:1206-10.
8. Pereyra L, Gómez EJ, González R, et al. Finding sessile serrated adenomas: Is it possible to identify them during conventional colonoscopy? *Dig Dis Sci*. 2014;59:3912-6.
9. Sweetser S, Smyrk TC, Sinicrope FA. Serrated colon polyps as precursors to colorectal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11:760-7.
10. Lanspa SJ, Lynch HT. Sessile serrated adenomas: Why conventional endoscopy is okay for unconventional polyps? *Dig Dis Sci*. 2014;59:2848-9.

J.M. Blancas Valencia*

Jefe del Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

* Autor para correspondencia. Avenida Cuauhtémoc 330 Col. Doctores México, D.F. Teléfono consultorio: +55740535. Teléfono hospital: +56276900, ext. 21317. Correo electrónico: blancasoropeza@prodigy.net.mx